



CAMBRIDGE HEALTH ALLIANCE
LA ALIANZA DE SALUD DE CAMBRIDGE
Una comunidad que se interesa

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha efectiva: 14 de abril del 2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA RELACIONADA A USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.

RESUMEN

Este resumen de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está incluido para su comodidad. Por favor lea el Aviso de Prácticas de Privacidad para más detalles.

Cuando usted obtiene atención en cualquier localidad de *the Alliance* (La Alianza de Salud de Cambridge, según sus siglas en inglés), sus proveedores crean un expediente o archivo médico. El expediente contiene información acerca de su historial médico, pruebas que se le han hecho, la atención que ha recibido y cómo ha respondido usted. También tenemos archivos de facturas. Los archivos médicos y de facturas contienen información protegida acerca de su salud (PHI, según sus siglas en inglés). Este aviso explica cómo usamos y compartimos su PHI y cuáles son sus derechos.

Sección A: Información que podemos compartir sin su permiso

- 1. Puede que usemos información médica acerca de usted para proporcionarle tratamiento.** Las personas que le atienden necesitan saber acerca de sus problemas de salud para así poder proporcionarle una atención completa y segura. Algunos ejemplos de cómo usamos y compartimos información son:
 - Si usted tiene diabetes, la nutricionista necesita saber esto para ayudar a planear una dieta apropiada.
 - Si usted ha estado hospitalizado(a), puede que compartamos información con su proveedor médico regular para ayudarle con su cuidado después de salir del hospital.

- 2. Puede que compartamos información médica acerca de usted para que podamos recibir pago por su cuidado médico.** Por ejemplo, puede que compartamos su información con su compañía de seguro para que podamos recibir pago por su cuidado médico. Puede que también la compartamos para obtener el visto bueno de parte de su asegurador antes de que venga para su tratamiento (aprobación previa). De esa manera, sabremos que pagarán por su cuidado.

3. Puede que usemos y compartamos información médica acerca de usted como parte de mejorar la atención a todos los pacientes. Por ejemplo, para

entrenar médicos, estudiantes u otros profesionales de la salud o para ver cómo marchó su cuidado y cómo podemos mejorar la atención en el futuro.

4. Puede que compartamos información para el Directorio del Hospital.

Puede que incluyamos su nombre, localidad, condición y religión en la lista de pacientes del hospital. Compartiremos su localidad y condición con cualquier persona que pregunte por usted por nombre. Sólo permitimos acceso a su religión a miembros del clero. Si usted nos lo pide, no le incluiremos en la lista. Nosotros no le decimos a nadie que usted está en el hospital si ha sido ingresado(a) a una unidad psiquiátrica

5. Puede que usemos o compartamos información acerca de usted ya que recibe su cuidado aquí.

- Para contactarle acerca de una cita,
- Para pedirle una donación para CHA. Si no desea recibir estas peticiones, llame a nuestra Oficina de Recolección de Fondos al (617) 306-8754,
- Para proporcionar información a alguien que ayuda con el pago de su cuidado,
- Para dejarle saber a sus familiares, amistades cercanas u otras personas involucradas en su cuidado pero sólo si usted nos permite compartir esta información. Si no le es posible dejarnos saber que lo permite, haremos lo que consideremos mejor para usted o
- Para dejarle saber a las agencias de salud supervisadas que acatamos las reglas de programas como Medicare o Medicaid.

6. Compartimos información para actividades de salud pública. Para ejemplos, vea la Sección III.E en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

7. Compartimos información por razones legales.

- Cuando debemos responder a una orden legal u otro proceso legal
- Cuando se nos requiere por la ley el informar a la policía u otras autoridades judiciales y policiales o cuando se nos requiere debido a un jurado de acusación o una citación.

8. También usamos y compartimos información.

- Con programas de donación, ya sea que usted esté donando o necesite un órgano, ojos o tejidos
- Con médicos forenses para ayudar a identificar un cuerpo o determinar la causa de muerte o
- Con directores funerarios para ayudarles a realizar su trabajo.

9. Puede que usemos y compartamos información para investigación.

Puede que usemos o compartamos su PHI sin su consentimiento o autorización si nuestro Comité de Repaso Institucional aprueba una renuncia de autorización para divulgación.

10. Puede que también usemos y compartamos información acerca de usted.

- Para prevenir o disminuir una amenaza seria hacia usted u otros,
- Si usted es militar, es requerido por las reglas militares,
- Si está en la cárcel, a la institución penitenciaria o a los oficiales judiciales o policiales;
- Para reportar hallazgos en un examen ordenado por la corte o
- Para seguir las leyes por razones de seguridad nacional.

11. Usamos y compartimos información como sea requerido por otras leyes no mencionadas anteriormente.

Sección B: Información que podemos usar o compartir sólo si usted nos da permiso por escrito.

1. **Por cualquier propósito no mencionado en la Sección A.** Por ejemplo, antes de que podamos enviar información a su compañía de seguro de vida.
2. **Para enviarle información de productos.** Sin embargo, no necesitamos su permiso por escrito si le damos información de productos cuando estamos cara a cara, en persona, si le damos un regalo de muy poco valor o cuando le hablamos acerca de nuestros productos o servicios para su atención y tratamiento.
3. **Para usar o compartir cualquier Información de Alta Confidencialidad.** Seguimos leyes federales y estatales que requieren protecciones especiales de privacidad cuando usamos o compartimos este tipo de información. Por ejemplos, por favor vea la Sección IV.C en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Sección C: Usted tiene derechos acerca de su información médica

1. **Si usted considera que no hemos mantenido su privacidad conforme con la ley, usted tiene derecho a quejarse.** Puede llamar a nuestra Oficina de Relaciones con los Pacientes al (617) 665-1398. También puede quejarse con el Director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El presentar una queja no afectará la manera en que le trataremos.
2. **Puede preguntarnos por escrito a limitar quien recibe información acerca de usted.** No se nos requiere que aceptemos con su petición. Si aceptamos, mantendremos su petición a menos de que surja una razón de emergencia que haga necesario compartir esta información.
3. **Puede pedirnos por escrito que le contactemos de manera privada.** No tiene que explicarnos la razón.
4. **Si firmó una autorización, puede retirarla.** Para hacerlo debe firmar una planilla. No podemos hacer nada respecto a información que ya hayamos compartido pero no compartiremos más información una vez que usted haya firmado la planilla.

5. **Usted puede ver y obtener una copia de información médica que esté siendo usada para tomar decisiones en relación a su cuidado.** Esto incluye archivos médicos y de pagos. Debe firmar una planilla de petición que puede obtener en el Departamento de HIM/Archivos Médicos. Si desea copias, se le cobrará una cantidad razonable por ellas. También se le cobrará por gastos de franqueo si desea que le enviemos las copias por correo. En algunos casos, puede que no se le permita ver o copiar su archivo. Si eso ocurre, le explicaremos la razón. De ser legalmente apropiado, puede pedir que otra persona revise su petición y nosotros cumpliremos con la decisión de la persona que revise su petición.
6. **Nos puede pedir que hagamos cambios en su archivo si piensa que lo que contiene no es correcto o no está completo.** Debe solicitar esto por escrito y dar una razón que explique por qué desea hacer los cambios. Haremos los cambios a menos que consideremos que la información que desea cambiar es correcta y está completa.
7. **Usted puede pedir una lista de las personas con quienes hemos compartido información y cuando la hemos compartido.** Tiene que solicitar esto por escrito. Puede obtener una lista que cubre hasta 6 años pero la fecha ni puede ser de antes del 14 de abril del 2003.
8. **Puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad cuando lo desee.**

Sección D: Duración del Aviso de Prácticas de Privacidad

Puede que cambiemos los términos del Aviso. Puede que sus derechos de privacidad cambien si las leyes cambian. Cuando eso ocurra, cambiaremos el Aviso y se colocará donde usted pueda leerlo. El nuevo Aviso se usará para toda la información que tenemos acerca de usted. También puede obtener una copia del nuevo Aviso si llama a nuestra Oficina de Privacidad al (617) 665-1227.

Sección E: Oficina de Privacidad

Por favor vea la sección VII en el Aviso de Prácticas de Privacidad para la dirección y el número de la Oficina de Privacidad.

Aviso de Prácticas de Privacidad

I. ¿Quiénes somos?

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de La Alianza de Salud de Cambridge (CHA, según sus siglas en inglés) y los miembros de su arreglo organizado de atención a la salud.

- *The Alliance* consiste de Cambridge Hospital, Somerville Hospital y Whidden Memorial Hospital, sus clínicas ambulatorias, centros de salud comunitarios y otros programas y servicios para el cuidado de la salud. Por favor diríjase a la

última página de este Aviso donde encontrará una lista completa de las instalaciones de *the Alliance*.

- Departamento de Salud Pública de Cambridge
 - Además, las siguientes entidades participan con La Alianza de Salud de Cambridge en lo que se conoce como un arreglo organizado de atención a la salud para proporcionar servicios de atención médica a los pacientes de La Alianza de Salud de Cambridge.
1. Médicos y profesionales del cuidado de la salud aliados de práctica independiente o privada quienes han sido aceptados como miembros del Personal Médico de La Alianza de Salud de Cambridge y quienes trabajan como miembros del equipo de La Alianza de Salud de Cambridge para proporcionar el cuidado de su salud y mejorar nuestras actividades de atención médica.
 2. Para nuestros pacientes que son miembros de ciertos planes de salud (como Tufts Health Plan y Harvard Pilgrim Health Plan) La Alianza de Salud de Cambridge trabaja estrechamente con Mount Auburn Cambridge Independent Practitioners Association (“Asociación de Practicantes Independientes de Mount Auburn Cambridge” – MACIPA, según sus siglas en Inglés) y Partners Community Health Care, Inc. (PCHI, según sus siglas en inglés). Estas organizaciones trabajan con CHA para mejorar su atención a través de las siguientes actividades: mejoría de calidad, manejo de utilización, manejo financiero y de contratos y coordinación de servicios.

¿Quiénes seguirán este Aviso?

- Todos los miembros de mano de obra de *the Alliance* incluyendo médicos, enfermeras, otros proveedores de salud, otros empleados, personal y voluntarios.
- Todos los miembros de Personal Médico de *the Alliance* y otras personas que participan en el arreglo organizado de atención a la salud de *the Alliance*.

II. Nuestras Obligaciones de Privacidad en cuanto a su Información Protegida de Salud (PHI)

Por la ley, se nos requiere que mantengamos en privado la información acerca de su salud y a proporcionarle este Aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a su Información Protegida de Salud (PHI). Cuando usamos o divulgamos su PHI, se nos requiere seguir los términos de este Aviso (o cualquier aviso en efecto que haya sido revisado al momento del uso o divulgación).

III. Usos y Divulgaciones que no Requieren de su Autorización por Escrito

The Alliance respeta su derecho a mantener en privado su información personal y de salud. Sin embargo, nosotros necesitamos usar esta información a veces para poder mantener nuestro negocio y para proporcionarle con atención médica de calidad. En ciertas situaciones, las cuales describiremos en la Sección IV a continuación, debemos obtener su autorización por escrito antes de que podamos usar o divulgar su PHI. A continuación encontrará una lista de los usos y divulgaciones que no requieren de su autorización previa por escrito.

- A. Usos y Divulgaciones para Tratamiento, Pago y Actividades de Cuidado de la Salud. Puede que usemos y divulguemos PHI pero no así su “Información Altamente Confidencial” (definida en la Sección IV.C a continuación) para poder tratarle, obtener

pago por servicios proporcionados a usted y para realizar nuestras “actividades de cuidado de la salud” tal y como se detalla aquí:

Tratamiento. Puede que usemos y divulguemos su PHI para proporcionar tratamiento y otros servicios para usted, por ejemplo: para diagnosticar y tratar una lesión o enfermedad. Además, puede que le llamemos para recordarle citas o darle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados a la salud que puede que le interesen. Puede que también divulguemos PHI a otros proveedores que formen parte de su tratamiento.

Pago. Puede que usemos y divulguemos su PHI para obtener pago por servicios que le hayamos proporcionado. Por ejemplo, puede que divulguemos información para reclamar y obtener pago de su compañía de seguro, organización de salud administrada (HMO, según sus siglas en inglés), u otra compañía que arregla o paga el costo parcial o total de su atención médica (“Su Pagador”) para verificar que Su Pagador pagará por su atención médica. Puede que también divulguemos su PHI a otros proveedores para ayudarles a recibir pago por los servicios que le fueron proporcionados.

Actividades de Cuidado de la Salud. Puede que usemos y divulguemos su PHI para nuestras actividades de cuidado de la salud las cuales incluyen planificación y administración interna y varias actividades para mejorar la calidad y rentabilidad de costo de la atención que le damos. Por ejemplo, puede que usemos PHI para evaluar la calidad y competencia de nuestros médicos, enfermeras y otros trabajadores del área de cuidado de la salud. Puede que divulguemos PHI a nuestro Mánager de Relaciones con los Pacientes para resolver cualquier queja que usted pueda tener y para asegurarnos que tenga una visita cómoda con nosotros. Puede que también divulguemos su PHI a otros proveedores que le han tratado para poder ayudarles con varias evaluaciones de calidad y actividades de mejoría.

- B. Uso o Divulgación para el Directorio de Pacientes de *the Alliance*. A menos que usted se oponga o si está en una unidad específica lo cual revelaría que está recibiendo servicios de salud mental o tratamiento para abuso de sustancias, puede que incluyamos su nombre, localidad en el hospital, condición general de salud (por ejemplo: buena, grave) y afiliación religiosa en nuestro directorio de pacientes internos. Puede que la información en este directorio sea divulgada a cualquier persona que pregunte por usted por nombre o a miembros del clero. Sólo divulgaremos su afiliación religiosa a miembros del clero.
- C. Divulgación a Familiares, Amigos Cercanos y otros Proveedores de Atención. Puede que usemos o divulguemos su PHI a un miembro de su familia, otro familiar, amigo cercano personal o cualquier otra persona identificada por usted cuando usted esté presente, o de otra manera disponible, antes de la divulgación si nosotros (1) obtenemos su consentimiento, (2) le proporcionamos con la oportunidad de objetar a la divulgación y usted no se opone o (3) deducimos de manera razonable que usted no objeta a la divulgación.

Si usted no está presente o en capacidad de estar de acuerdo u objetar debido a una situación de emergencia o incapacidad, puede que tengamos que ejercer nuestro juicio profesional para determinar si una divulgación es lo más conveniente

para usted o no. Si le divulgamos información a un miembro de la familia, otro familiar o amigo cercano personal, sólo divulgaremos la información que consideramos directamente relevante a la participación de esa persona con su atención médica o pago relacionado al cuidado de su salud. Puede que también divulguemos su PHI para notificar (o ayudar a notificar) a un familiar, amigo(a) o proveedor de atención de su localidad, condición general o muerte.

- D. Comunicaciones para Recolección de Fondos. Puede que *the Alliance* o su fundación afiliada, Alliance Foundation for Community Health, Inc. (“Fundación de La Alianza para Salud Comunitaria, Inc.”) le llame para recolectar fondos para La Alianza de Salud de Cambridge. En conexión con cualquier recolección de fondos, puede que divulguemos a nuestro personal de recolección información demográfica acerca de usted (por ejemplo: su nombre, dirección y número de teléfono) y fechas en las que le proporcionamos atención. Ninguna otra información será proporcionada para propósitos de recolección de fondos sin su autorización. Si no desea recibir ninguna solicitud de recolección en el futuro, puede llamar a la Oficina de Recolección de Fondos al (617) 306-8754.
- E. Actividades de Salud Pública. Puede que usemos o divulguemos su PHI para ciertos propósitos de salud pública incluyendo pero no limitándose a: (1) reportar información de salud a las autoridades de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedad, lesión o incapacidad.; (2) para reportar abuso y negligencia hacia un niño, abuso a una persona mayor o incapacitada, a autoridades de salud pública u otras autoridades del gobierno autorizadas por la ley para recibir tales reportes; (3) para reportar información acerca de productos y servicios bajo la jurisdicción de U.S. Food and Drug Administration (“Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos”); (4) si sabemos o tenemos razón para creer que usted está infectado(a) con una enfermedad transmitida sexualmente, para alertar a su prometido(a) (si está comprometido(a))o a su esposo(a) si está casado(a) o a sus padres o guardián (si es menor de edad, a menos que en condición de menor de edad usted haya buscado tratamiento con nosotros para tal enfermedad transmitida sexualmente); (5) para reportar información a su asegurador y/o a la División de Accidentes Industriales de Massachusetts tal y como es requerido por la ley para abordar enfermedades y lesiones relacionadas al trabajo o vigilancia médica en el lugar de trabajo.; (6) para reportar información relacionada al nacimiento y subsiguiente salud de un bebé a una agencia de gobierno del estado tal y como es requerido por la ley; (7) a presentar un certificado de muerte y a reportar muertes fetales y (8) a reportar abortos realizados después de 24 semanas de embarazo a agencias de gobierno del estado tal y como es requerido por la ley.
- F. Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica. De ser permitido por la ley, puede que divulguemos su PHI a una autoridad autorizada del gobierno incluyendo una agencia de servicios sociales o de servicios de protección si creemos razonablemente que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- G. Actividades de Supervisión de Salud. Puede que divulguemos su PHI a una agencia de supervisión de salud en conexión con una auditoría, inspección, investigación o revisión de licencia para asegurar el acatamiento de las reglas de los programas de salud del gobierno como Medicare o Medicaid.

- H. Procedimientos Judiciales y Administrativos. Puede que divulguemos su PHI durante el transcurso de un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden legal u otro proceso legal.
- 9. Autoridades Judiciales y Policiales. Puede que divulguemos su PHI a la policía u otra autoridad judicial tal y como lo requiere o permite la ley o en acatamiento con una orden de la corte, un jurado de acusación o una citación administrativa.
- J. En el Evento de su Muerte. Puede que divulguemos su PHI a (1) médicos forenses con el propósito de identificarle o de determinar la causa de su muerte, u otras responsabilidades autorizadas por la ley o (2) directores funerarios para ayudarles a realizar su trabajo.
- K. Donación de Órganos, Ojos y Tejidos. Si usted es donante o recipiente propuesto para órganos, ojos o tejidos puede que liberemos información a organizaciones que se ocupan del manejo de obtención, almacenamiento o trasplantes de órganos, ojos o tejidos, almacenamiento o trasplantes para facilitar la donación, banca o trasplante.
- L. Investigación. Puede que usemos o divulguemos su PHI sin su autorización con el propósito de preparar un proyecto de investigación. En la mayoría de los casos, debemos obtener su autorización para usar o divulgar su PHI para realizar un proyecto de investigación. En algunos casos, puede que usemos o divulguemos su PHI para un proyecto de investigación sin su autorización pero sólo si nuestro Comité de Repaso Institucional aprueba una renuncia de autorización para divulgación o el uso de un conjunto limitado de información el cual incluye sólo una cantidad limitada de información identificable.
- M. Salud o Seguridad. Puede que usemos o divulguemos su PHI para prevenir o disminuir una amenaza seria o inminente a una persona o a la salud y seguridad pública.
- N. Funciones Gubernamentales Especializadas. Puede que usemos o divulguemos su PHI a unidades gubernamentales con funciones especiales como el servicio militar de los Estados Unidos, el Servicio Secreto o el Departamento de Estado de los Estados Unidos bajo ciertas circunstancias.
- O. Compensación por Trabajo. Puede que divulguemos su PHI en la medida que haya sido autorizada y hasta el punto que sea necesario para acatar con la ley estatal relacionada a compensación por trabajo u otros programas similares.
- P. Orden de Exámenes. Puede que divulguemos su PHI cuando sea requerido para reportar hallazgos resultantes de un examen ordenado por una corte o institución de detención.
- Q. Como lo Exige la Ley. Puede que usemos y divulguemos su PHI cuando sea requerido hacerlo por cualquier otra ley no aludida anteriormente en las categorías precedentes.

IV. Usos y Divulgaciones que Requieren de su Autorización por Escrito

A. Uso o Divulgación con su Autorización. Por cualquier propósito que no sea alguno de los descritos anteriormente en la Sección III, sólo podemos usar o divulgar su PHI cuando usted nos conceda su autorización por escrito usando nuestra planilla de autorización (“Su Autorización”). Por ejemplo, necesitará firmar una planilla de autorización antes de que podamos enviar su PHI a su compañía de seguro de vida o al abogado que esté representando al otro partido en un litigio del cual usted forma parte. Usted también entiende que después de haber divulgado su PHI con su autorización, nosotros ya no podemos controlar cómo esas personas o entidades que reciben su PHI tratarán esa información y que puede ser que las leyes de privacidad ya no protegen contra una más extensa divulgación de información.

B. Comercialización (Marketing). También debemos obtener su autorización por escrito antes de usar su PHI para enviarle cualquier material comercial (“Su Autorización Comercial”). Sin embargo, podemos usar (pero no divulgar a un tercer partido) su PHI para proporcionarle materiales comerciales en un encuentro cara a cara sin obtener Su Autorización Comercial. Además, puede que usemos (pero no divulguemos a un tercer partido) su PHI para dar un regalo promocional de mínimo valor, si así lo decidimos, sin obtener Su Autorización Comercial. Además, puede que usemos (pero no divulguemos a un tercer partido) su PHI para dejarle saber acerca de productos o servicios relacionados a su tratamiento, coordinación de sus servicios o atención o tratamientos, terapias, proveedores o escenarios alternativos de cuidado sin Su Autorización Comercial y puede que usemos su PHI para identificar servicios y productos relacionados a la salud que pueden ser de beneficio para su salud y después llamarle acerca de los servicios y productos.

C. Usos y Divulgaciones de Información Suya Altamente Confidencial. La ley federal y del estado requiere protecciones especiales de privacidad para cierta información altamente confidencial acerca de usted (“Información Altamente Confidencial”), incluyendo: (1) su condición de VIH/SIDA, (2) información acerca de pruebas genéticas, (3) comunicaciones confidenciales con un psicoterapeuta, psicólogo, trabajador social, profesional aliado de salud mental o de servicios humanos, (4) información acerca de tratamiento o reabilitación para abuso de sustancias (alcohol o drogas), (5) información acerca de enfermedades transmitidas sexualmente, (6) planilla(s) de consentimiento para aborto(s), (7) archivos de

mamografía, (8) servicios de planificación familiar, (9) tratamiento o diagnóstico de menores de edad emancipados, (10) archivos de programas comunitarios de salud mental y (11) investigación que tenga que ver con sustancias controladas. Para que nosotros podamos divulgar su Información Altamente Confidencial para un propósito no relacionado a tratamiento, pago o actividades de cuidado de salud, debemos obtener su consentimiento específico separado por escrito a menos que la ley nos permita hacer tal divulgación.

Si usted es una persona emancipada menor de edad, puede que cierta información relacionada a su tratamiento o diagnóstico sea considerada “Información Altamente Confidencial” y como resultado, no será divulgada a sus padres o guardián sin su consentimiento. Si un médico razonablemente considera que su condición es tan seria

que su vida o un miembro de su cuerpo está en peligro, puede que notifiquemos a sus padres o guardián sin su autorización. De hacerlo, se le dejará saber.

Por favor tome en cuenta que si usted es padre, madre o tutor de una persona emancipada menor de edad, ciertas partes del archivo médico de la persona emancipada menor de edad (o, en ciertos casos, el archivo médico completo) pueden ser inaccesibles a usted.

V. Sus Derechos en cuanto a su Información Protegida de Salud

A. Para más información. Si desea más información acerca de sus derechos de privacidad, puede llamar a nuestra Oficina de Privacidad. (Vea la Sección VII para la dirección y el número de teléfono.)

B. Quejas. Si está preocupado(a) y considera que hemos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de acceder su PHI, puede llamar a nuestra Oficina de Relaciones con los Pacientes al (617) 665-1398. También puede presentar quejas por escrito a: Director, Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services (“Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos”). Si lo solicita, le proporcionaremos la dirección correcta del Director. No tomaremos represalias en contra de usted si presenta una queja con nosotros o con el Director.

C. Derecho de Solicitar Restricciones Adicionales. Usted puede solicitar restricciones a nuestro uso y divulgación de su PHI:

- (1) para tratamiento, pago y actividades de cuidado de salud,
- (2) a personas (como un miembro de la familia, otro familiar, amigo(a) personal cercano(a) o cualquier otra persona identificada por usted) que forme parte de su cuidado o con pago relacionado a su atención o
- (3) para notificar o asistir en la notificación de tales personas en cuanto a su localidad y condición general.

Aunque consideraremos cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones adicionales, no se nos requiere aceptar la solicitud de una restricción. Si usted desea solicitar restricciones adicionales, por favor obtenga una planilla de solicitud de nuestro Departamento de Archivos Médicos/HIM y preséntela una vez completada al Departamento de Archivos Médicos/HIM. Le enviaremos una respuesta por escrito.

D. Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales. Usted puede solicitar, y en ciertas situaciones podremos complacerle, con cualquier solicitud razonable por escrito de contactarle en otra localidad que no sea la dirección que tenemos en nuestro archivo o por medios alternativos de comunicación. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe incluir la manera exacta de cómo debemos contactarle.

E. Derecho a Revocar su Autorización. Usted puede revocar Su Autorización, Su Autorización Comercial o cualquier autorización por escrito obtenida

en conexión con su Información Altamente Confidencial, excepto en la medida en que hayamos tomado acción en base a tal Autorización, al enviar una declaración de revocación por escrito a la Oficina de Privacidad identificada a continuación. Una planilla de revocación por escrito está disponible, de ser solicitada, en el Departamento de Archivos Médicos/HIM.

- F. Derecho a Inspeccionar y Copiar su Información de Salud. Usted puede solicitar acceso a su archivo médico y de facturas mantenidos por nosotros para inspeccionar y solicitar copias de los archivos. Bajo circunstancias limitadas, puede que le neguemos acceso a una porción de su archivo. Si le negamos acceso a una porción de sus archivos, le dejaremos saber la razón y usted tendrá oportunidad de que una tercera persona revise su solicitud. Si desea acceso a sus archivos, por favor obtenga una planilla de solicitud de archivos del Departamento de Archivos Médicos/HIM y presente la planilla ya completa al Departamento de Archivos Médicos/HIM. Si solicita copias, le cobraremos un monto razonable. También le cobraremos por nuestros costos de franqueo si usted solicita que le enviemos copias por correo.

Usted debe tener en cuenta que, si usted es madre/padre o guardián legal de un menor de edad, ciertas porciones del archivo médico del menor no serán accesibles para usted, por ejemplo: archivos relacionados a un aborto, servicios anticonceptivos y/o de planificación familiar y otros temas del cuidado de la salud protegidos por la ley.

- G. Derecho a Solicitar Rectificaciones a sus Archivos. Usted tiene derecho a solicitar que nosotros corrijamos, cambiemos o borremos cierta PHI que se encuentra en nuestros archivos de inscripción, pago, decisión de reclamaciones y archivos de coordinación de servicios médicos y otros archivos que puede que se usen para tomar decisiones acerca de usted y su cuidado médico si usted considera que esa información es incorrecta o incompleta. Si desea que rectifiquemos se archivo, por favor obtenga una planilla de solicitud de rectificación en el Departamento de Archivos

Médicos/HIM y presente la planilla ya completa al mismo Departamento. Si no podemos o consideramos que no es apropiado rectificar su PHI, se lo notificaremos por escrito. Después usted tendrá la opción de pedirnos que su solicitud de cambio/corrección de su PHI forme parte de su archivo o que una tercera persona revise nuestra decisión. No podemos rectificar información que no hemos creado sin recibir información o instrucciones para hacerlo de parte del creador de los archivos.

- H. Derecho a Recibir Contabilidad de Divulgaciones. Usted tiene derecho a obtener una lista de cuándo y con quién hemos compartido su PHI. Nuestra respuesta no incluirá usos o divulgaciones relacionadas a tratamiento, pago o actividades de cuidado de salud o usos o divulgaciones para las cuales usted firmara una autorización por escrito. Usted puede obtener contabilidad de las divulgaciones restantes realizadas por nosotros durante cualquier período de tiempo previo a la fecha de su solicitud siempre y cuando tal período no exceda seis años y no se aplique a divulgaciones ocurridas antes del 14 de abril del 2003. Si usted solicita una contabilidad más de una vez

durante un período de doce (12) meses, le cobraremos un monto razonable por cada declaración adicional.

- I. Derecho a Recibir una Copia en Papel de este Aviso. De solicitarla, usted puede obtener una copia en papel de este aviso aún si previamente ha estado de acuerdo en recibirla electrónicamente.

VI. Duración de este Aviso

Derecho a Cambiar los Términos de este Aviso. Puede que cambiemos los términos de este Aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, puede que hagamos efectivos los términos del nuevo Aviso para toda la Información Protegida de Salud que mantenemos, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de hacer público el nuevo Aviso. Si cambiamos este Aviso, colocaremos el nuevo en áreas designadas en La Alianza de Salud de Cambridge y en nuestra página de internet: www.challiance.org . También puede obtener cualquier nuevo Aviso si llama a la Oficina de Privacidad.

VII. Oficina de Privacidad

Puede ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad de La Alianza de Salud de Cambridge al llamar al (617) 665-1227 o puede escribir a:

Privacy Office
Cambridge Health Alliance
432 Columbia Street, Suite 15-16C
Cambridge, MA 02141

Para obtener copias de autorización, rectificaciones u otras planillas, por favor llame al Departamento de Archivos Médicos/HIM donde recibió su atención.

Instalaciones de La Alianza de Salud de Cambridge por Localidad

HOSPITALS

The Cambridge Hospital
1493 Cambridge Street
Cambridge, MA 02139

Somerville Hospital
230 Highland Avenue
Somerville, MA 02143

Whidden Memorial Hospital
103 Garland Street
Everett, MA 02149

INSTALACIONES EN CAMBRIDGE

Cambridge Birth Center
10 Camelia Avenue
Cambridge, MA 02139

Cambridge Family Health
237 Hampshire Street
Cambridge, MA 02139

Cambridge Family Health- North.
2067 Mass. Avenue
Cambridge, MA 02140

Cambridge Public Health Dept
119 Windsor Street
Cambridge, MA 02139

East Cambridge Health Center
163 Gore Street
Cambridge, MA 02141

Elder Service Plan of the Alliance
270 Green Street
Cambridge, MA 02139

Institute for Community Health
119 Windsor Street
Cambridge, MA 02139

Macht Building
16 Camelia Avenue
Cambridge, MA 02139

North Cambridge Health Center
266 Rindge Avenue
Cambridge, MA 02140

Oliver Farnum Senior H. C.
806 Massachusetts Avenue
Cambridge, MA 02139

Riverside Health Center
205 Western Avenue
Cambridge, MA 02139

Teen Health Center
459 Broadway
Cambridge, MA 02138

Windsor Street Health Center
119 Windsor Street
Cambridge, MA 02139

INSTALACIONES EN SOMERVILLE

Administrative Offices
10 Beacon Street
Somerville, MA 02143

Administrative Offices
120 Beacon Street
Somerville, MA 02143

Administrative Offices
65 Beacon Street
Somerville, MA 02143

Broadway Health Center
300 Broadway
Somerville, MA 02143

East Somerville Health Center
42 Cross Street
Somerville, MA 02145

CHA Eye Center
65 Beacon Street
Somerville, MA 02143

Central Street Health Center
26 Central Street
Somerville, MA 02143

Healthcare for the Homeless
230 Lowell Street
Somerville, MA 02143

Medical Arts Building
230 Highland Avenue
Somerville, MA 02143

Somerville Teen Connection
81 Highland Avenue
Somerville, MA 02143

Union Square Family Health
337 Somerville Avenue
Somerville, MA 02138

INSTALACIONES DE EVERETT, MEDFORD Y REVERE

Anna May Powers Health Center
(George Keverian School)
28 Nichols Street
Everett, MA 02149

Broadway Medical Associates
454 Broadway
Revere, MA 02152391

Everett Health Center
(Whidden Medical Offices)
Broadway, Suite 204
Everett, MA 02149

Mystic Center
Administrative Offices
10 Presidents Landing
Medford, MA 02155

cga.JB/3/03.PR